12

# TRAITEMENT
# DE L'OURAQUE DILATÉ & FISTULEUX
PAR LA
# RÉSECTION & LA SUTURE
*UNE OBSERVATION*

PAR

**Henri DELAGÉNIÈRE** (du Mans)

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

**EXTRAIT**

DES

*ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE*

AVEC QUATRE FIGURES DANS LE TEXTE

-5 MAI 19
LIBRARY

PARIS
BUREAUX DES *ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE*
14, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 14

1892

# ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE

PARAISSANT TOUS LES MOIS

Rédacteur en chef : Dr Marcel BAUDOUIN

*BUREAUX : 14, Boulevard St-Germain, 14, PARIS*

*La nouvelle publication, qui paraît sous le titre significatif d'*Archives provinciales de Chirurgie, *a été conçue par un groupe de jeunes chirurgiens, anciens internes des hôpitaux de Lyon ou de Paris, exerçant aujourd'hui en province. Pour la plupart professeurs agrégés des Facultés, professeurs titulaires ou suppléants dans les Ecoles de médecine, presque tous chargés ou sur le point d'être chargés d'importants services hospitaliers dans les plus grandes ville de France, les fondateurs de cette revue, indiscutable tentative de décentralisation chirurgicale, ont voulu faire acte de vitalité et montrer que, quoique éloignés à tout jamais du grand foyer scientifique français, ils n'ont point perdu encore l'habitude de songer aux choses de la Science.*

*Désirant mettre en commun des forces vives qui, isolées les unes des autres, sans signe de ralliement et sans bannière, courraient risques de demeurer longtemps improductives, ils ont créé ces* Archives provinciales de Chirurgie *dans le but de publier leurs travaux personnels et de contribuer, par là-même, au développement de l'art chirurgical dans notre pays.*

*Ceux qui voudront bien jeter un coup d'œil sur les divers fascicules de cette importante publication verront vite les efforts et les sacrifices qui ont été faits.*

*Multiplicité des gravures, parfois tirées en couleurs — ce qui n'a jamais été tenté, pour une revue scientifique, dans notre pays —, gravures qui seront des reproductions fidèles et frappantes de photographies de malades et d'opérés, voire même d'opérations en cours, ou de figures dessinées avec une exactitude et une clarté toutes particulières par des artistes consommés ; usage d'un matériel de choix ; suppression des planches lithographiques placées à la fin de chaque fascicule, disposition ne faisant que compliquer sans grands profits la lecture des mémoires, et leur remplacement, quand on ne pourra se passer de grandes reproductions photographiques, par des planches phototypiques et même chromotypographiques, etc., etc.*

*Les* Archives provinciales de Chirurgie, *organisées de la sorte, répondent à un réel besoin. Largement ouvertes à tous ceux que le mouvement parisien laisse forcément dans l'ombre, aux chercheurs et aux savants de profession, aussi bien qu'à tous les praticiens et à tous les jeunes élèves des hôpitaux de langue française, elles offrent l'hospitalité la plus cordiale à tous ceux qui voudront bien lui adresser les mémoires qu'ils ont à publier.*

*En un mot, réunir en un faisceau solide les travaux de la plupart des chirurgiens de France : tel est le but de cette nouvelle revue.* M. B.

HOMMAGE DE L'AUTEUR

# TRAITEMENT DE L'OURAQUE DILATÉ ET FISTULEUX

PAR LA

# RÉSECTION ET LA SUTURE

*UNE OBSERVATION*

PAR

**Henri DELAGÉNIÈRE (du Mans)**

Ancien interne des Hôpitaux de Paris,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie.

L'embryologie, l'anatomie, la physiologie nous apprennent que l'ouraque n'est en somme qu'un diverticule de la vessie. Ce diverticule a un rôle généralement transitoire, puisqu'il s'oblitère spontanément à la naissance; mais il peut aussi, dans certaines circonstances, demeurer perméable ou le devenir à nouveau. Dans ces conditions, il nous semble que la suture de l'ouraque est aussi rationnelle que la suture de la vessie après la taille et nous ne saurions souscrire à l'opinion de quelques chirurgiens qui déclarent que l'ouraque ne peut être fermé qu'au niveau de la vessie. D'ailleurs le fait que nous allons relater démontrera mieux que tout raisonnement l'exactitude de cette opinion.

## Observation.

*Fistule et poche urineuses ombilicales par persistance de l'ouraque. — Résection de la poche urineuse et suture du canal de l'ouraque. — Guérison.*

Le nommé C..., Fernand, âgé de cinq ans et demi, demeurant à Soulignés-sous-Ballon (Sarthe), m'est adressé le 30 avril 1892, par mon confrère et ami le Dr Brémond (de Ballon), pour une fistule urinaire de l'ombilic ayant résisté à tous les traitements habituels.

*Antécédents et commémoratifs.* — Rien à signaler au point de vue héréditaire. Le père est vigoureux ; la mère plutôt délicate. Elle a eu trois autres enfants, tous bien conformés.

Elle nous apprend que cet enfant est né bien conformé comme les autres, mais qu'il existait au niveau du nombril une petite tumeur violacée, grosse comme un grain de groseille. A l'âge de six mois, cette petite tumeur se développe, devient saillante, grossit considérablement jusqu'à acquérir le volume d'une fraise. Quelque temps plus tard, il se forme un orifice à son som-

met, par lequel s'écoule un liquide séro-sanguinolent qui n'a jamais été analysé.

Depuis cette époque l'écoulement de liquide par l'ombilic n'a jamais cessé. Il se fait d'une façon permanente. Cependant la mère a remarqué qu'il y avait quelquefois une sorte d'arrêt de cet écoulement, se traduisant immédiatement par des douleurs vives dans la région ombilicale. Ce sont ces crises douloureuses de plus en plus fréquentes, depuis que l'enfant se développe, qui ont déterminé la mère à demander une intervention.

*Etat avant l'opération.* — L'état général est médiocre. L'enfant est peu développé (on lui donnerait à peine quatre ans). Mais il paraît bien constitué. L'ombilic est le siège d'une irritation intense. Il est déformé et représente une fente transversale dont les deux lèvres, supérieure et inférieure, sont indurées et rouges. Cette fente mesure environ vingt millimètres. Elle est entourée d'une zone inflammatoire de plusieurs centimètres, sur laquelle la peau présente des érosions multiples. Sur cette zone existent plusieurs points indurés, véritables noyaux durs, dont un principal, situé à 3 centimètres au-dessus de la fente ombilicale.

Par cette fente on introduit un stylet recourbé, qui semble se diriger plus facilement de bas en haut, vers le noyau mentionné précédemment. Cette exploration avec le stylet détermine un écoulement sanguin de peu d'importance.

Il s'écoule ordinairement par cette fente ombilicale un liquide clair, transparent, parfois teinté de sang, principalement quand l'enfant a marché.

Si l'on fait uriner l'enfant, la miction se fait pour ainsi dire en deux temps. L'urine sort à plein jet par l'urèthre ; puis, quelques instants après, on voit sourdre quelques gouttes d'urine au niveau du nombril. Lorsque la miction a complètement cessé par l'urèthre, l'écoulement par le nombril augmente au contraire, comme si une poche située en arrière de l'orifice ombilical s'était d'abord remplie et expulsait son contenu.

En pressant les points indurés de la paroi, on détermine l'écoulement de quelques gouttes de liquide.

Opération. — *Opération* le 2 mai 1892. Chloroforme par le docteur Bolognesi (du Mans). Assistance par le docteur Paul Delagénière (de Tours). Etaient présents à l'opération MM. les docteurs Brémond (de Ballon) et Leuilleux (de Conlie).

Incision médiane de 10 millimètres environ dépassant les parties indurées en haut et en bas. Les tissus sectionnés sont lardacés. J'arrive bientôt dans une excavation anfractueuse remplie de fongosités et présentant de nombreux diverticules. Je pratique un nettoyage soigneux de cette excavation avec une curette, afin de me mettre à l'abri de ce foyer d'infection. A la partie inférieure de cette poche existe un diverticule dans lequel j'introduis une sonde cannelée.

Je me propose alors d'exciser cette poche parombilicale (Voir *Fig.* 1), de rechercher, puis de reséquer l'ouraque.

*Excision de la poche.* Je fais sur la ligne médiane et sur le fond de cette poche une incision par laquelle je pénètre dans la cavité péritonéale. Prenant

*Fig. 1.* — Coupe antéro-postérieure du sujet destinée à faire comprendre la situation exacte de la poche urinaire. — *Légende :* P, péritoine; V, vessie; O, ouraque; U, poche urinaire; *a*, orifice de la fistule.

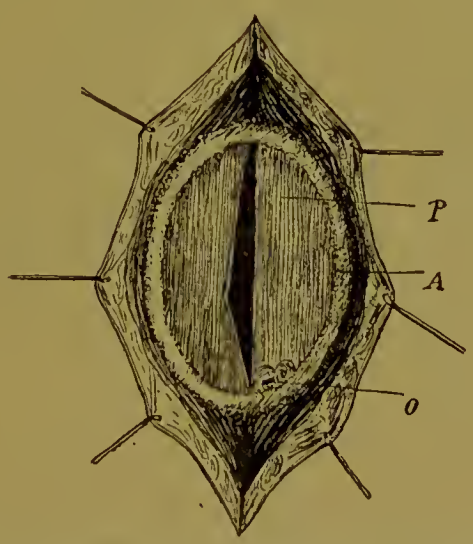


*Fig. 2.* — Figure montrant l'incision de la paroi abdominale après dissection de la poche urinaire. — *Légende :* P, péritoine incisé; A, anneau fibreux de l'ombilic; O, ouraque sectionné, lors de la dissection de la poche.

pour point de repaire la séreuse pariétale, je disséque successivement de chaque côté les deux moitiés de la poche. Celle-ci a en quelque sorte refoulé en dehors et de chaque côté les aponévroses de la région qui constituent une sorte d'anneau fibreux dont la figure ci-jointe donne une idée assez exacte (Voir *Fig.* 2).

Dans la zone limitée par cet anneau fibreux se trouve le péritoine pariétal, incisé sur la ligne médiane (Voir la *Fig.* 2). En bas et un peu à gauche existe un tissu d'aspect graisseux au milieu duquel on découvre le canal de l'ouraque dilaté et admettant facilement l'extrémité d'une pince hémostatique. Avec la main introduite dans la cavité péritonéale, je trouve le faisceau séro-celluleux de l'ouraque, de l'artère ombilicale et de la veine ombilicale. Je le décolle et le ramène sur la ligne médiane en incisant en bas l'anneau fibreux. Je me dispose alors à réséquer une portion de l'ouraque et à en suturer l'orifice.

*Résection et suture de l'ouraque.* — Je reconnais facilement l'ouraque, qui se présente sous la forme d'un conduit tapissé par une muqueuse lisse et mince et ayant absolument l'aspect d'une séreuse. J'isole ce conduit dans une longueur de trois centimètres; puis je pratique une ligature transversale de tout le faisceau signalé plus haut ; le fil de cette ligature est conservé pour être passé dans les muscles de la paroi abdominale. Je réséque l'ouraque disséqué et procède à sa fermeture au moyen de trois points de surjet rapprochés, placés, comme l'indique la *Fig.* 3, sur le bord de la muqueuse.

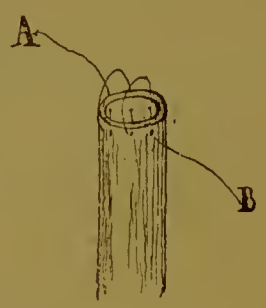


*Fig. 3.* — Surjet placé sur l'orifice de l'ouraque sectionné. — *Légende :* A, B, extrémités du fil.

Je replie cette extrémité comme un capuchon et le fixe dans le tissu cellulaire du faisceau principal au moyen de deux rangs de points de suture que je place comme des sutures de Lembert.

Je me propose alors de refermer le ventre. Je ferme d'abord la séreuse au moyen d'un surjet ; puis je suture l'anneau fibreux en plaçant des fils de soie très rapprochés et tous entrecroisés par couples.

Mon dernier fil en bas n'est autre que celui laissé sur le moignon du faisceau de l'ouraque, de telle sorte que ce fil, une fois serré, applique solidement sur la ligne médiane et contre la paroi, dans une situation normale, le faisceau réséqué. Enfin la peau est suturée avec des crins de Florence.

Pansement avec gaze iodoformée et ouate de tourbe.
Chloroforme de Dumouthiers : 20 grammes.
Durée totale de l'opération : 1 heure.

*Marche.* — Rien de particulier à signaler. Les crins de Florence sont enlevés le huitième jour. L'enfant quitte la Maison des sœurs de l'Enfant-Jésus avec une petite ceinture abdominale.

Je le revois à la fin de mai, son état est excellent, la ligne de cicatrice

parfaite. A la partie moyenne existe une petite excroissance dans laquelle je découvre et j'enlève un fil de soie. Mon confrère, M. le docteur Brémond (de Ballon), a l'obligeance de me donner des nouvelles du petit malade qu'il a revu le 6 juin. Il est en bon état et ne présente plus que les traces de la petite fistulette due à l'expulsion du fil ci-dessus mentionné.

L'observation qui précède, étant donné la rareté des cas semblables, et les résultats, le plus souvent négatifs, des traitements usités jusqu'ici, nous a paru avoir assez d'importance pour mériter les quelques considérations d'ensemble qui vont suivre.

## I

### ÉTAT DE LA QUESTION.

Le nom de Cabrol reste inséparable de l'histoire de la fistule urinaire ombilicale. En 1550, il a l'occasion d'en observer un cas chez une jeune fille et du même coup porte le diagnostic de l'affection, établit sa pathogénie et surtout guérit sa malade, en pratiquant la ligature de l'ouraque (1).

Depuis, les travaux se multiplient (J.-L. Petit, Dupuytren, Roux, Velpeau, Nélaton, etc.) et viennent démontrer par l'étude de nouveaux faits l'exactitude de tous les points avancés par Cabrol.

Aujourd'hui on admet deux variétés principales de fistules de l'ouraque.

1° *Fistules congénitales*. L'ouraque à la naissance est resté perméable et est devenu le point de départ d'une fistule urinaire.

2° *Fistules acquises*. Qui peuvent être urinaires, si la vessie est en communication avec l'ouraque; et non urinaires si cette communication n'existe pas (2).

Les fistules congénitales peuvent se subdiviser en fistules *primitives* (persistance du canal de l'ouraque) et *secondaires*, lorsqu'une malformation quelconque, en s'opposant à la miction normale, est cause de la persistance du canal de l'ouraque.

Nous nous occuperons surtout des *fistules primitives*, les fistules

(1) Dans ce cas, la dilatation de l'ouraque était consécutive à une imperforation de l'urèthre. Ce n'est qu'après avoir rétabli la perméabilité de ce conduit que Cabrol pratiqua la ligature de l'ouraque. C'est sans doute la raison de l'efficacité du traitement qu'il employa.

(2) Les fistules urinaires de l'ombilic acquises existent certainement. On en connaît des faits indiscutables (Voir Th. Naury, p. 72). Mais nous pensons qu'elles sont très rares et ne se rencontrent que chez des sujets chez lesquels le travail d'oblitération ne s'est jamais accompli parfaitement.

secondaires comportant des indications spéciales, tendant toutes au rétablissement normal de la miction.

## II.

### Etude critique des traitements employés jusqu'ici.

Nous classerons les méthodes sous six chefs principaux.

1° *Sonde à demeure avec ou sans compression*. Ce moyen, employé par les anciens chirurgiens (Velpeau (1), Nélaton (2), etc.), est détestable et n'a donné que des insuccès.

Il en est de même de la compression simple employée quelquefois (Marx (3), etc.)

Ces résultats pouvaient d'ailleurs être prévus. Le trajet fistuleux n'est-il pas tapissé de muqueuse ? Or, ne sait-on pas que c'est précisément la condition que l'on recherche pour l'établissement des fistules permanentes, principe fondamental des belles opérations de Poncet (de Lyon) pour la création d'un urèthre sus-pubien !

2° *Cautérisation*. — La cautérisation peut être superficielle ou profonde, c'est-à-dire qu'elle peut s'attaquer seulement à l'orifice de la fistule ou au contraire être intra-canaliculaire. Je n'insisterai pas sur la cautérisation superficielle qui sera le plus souvent illusoire, la muqueuse ne pouvant être détruite dans une étendue suffisante.

La cautérisation profonde sera peut-être plus efficace. Naury rapporte dans sa thèse (4) un cas de M. Terrillon traité par ce procédé avec succès.

Je ferai pourtant observer que l'enfant dont il s'agit n'a été revu qu'une seule fois, cinq jours après la cautérisation, et qu'il a été perdu de vue depuis.

La raison du doute que j'exprime au sujet du résultat définitif obtenu chez ce petit malade est que j'ai eu l'occasion d'observer en juillet 1890, avec mon excellent confrère M. le docteur Persy (du Mans), une fillette de 7 ans, présentant une fistule par persistance de l'ouraque. Des cautérisations superficielles faites au thermocautère amenèrent simplement la disparition de la petite tumeur fongueuse de l'ombilic, mais l'écoulement persista. Je tentai des cautérisations intra-cana-

(1) Velpeau. — *Arch. Méd.*, 1825, T. II.
(2) Nélaton. — Voir Th. Novieu, 1863, p. 324.
(3) *Répertoire d'anat. et de phys. path.*, T. IV, p. 102, 1827.
(4) Naury, — Th. 1881, p. 58 et suiv.

liculaires, d'abord au thermo-cautère, puis au galvano-cautère. A deux reprises, l'écoulement parut devoir cesser ; mais il finit par se rétablir comme avant (août 1891). Aussi ai-je l'intention de pratiquer à cette enfant une opération plus rationnelle et plus radicale.

Ce fait, ajouté à tant d'autres insuccès, suffirait pour faire condamner cette méthode. Nous lui reprocherons encore d'agir à l'aveugle, au hasard, en un mot de faire courir au malade un danger certainement plus grand qu'une opération réglée, aseptiquement menée, et dont le résultat me paraît devoir être certain.

Quant à la cautérisation par des caustiques, comme la pratiqua Nélaton chez un confrère (1), elle est plus aveugle encore et ne mérite pas de nous arrêter plus longtemps.

3° *Ligature.* — Souvent la fistule ombilicale apparaît au sommet d'une petite tumeur saignante de forme très variable.

Quelquefois cette petite tumeur s'étend jusqu'à présenter une longueur de plusieurs centimètres, parfois pédiculée, parfois conique. On conçoit que, dans ces conditions, l'idée soit venue de pratiquer, à la base de cette tumeur, une ligature destinée à en amener la chute par mortification et peut-être consécutivement la cicatrisation de la fistule. Cette méthode donna un succès à Cabrol et à notre maître, M. Guéniot (2).

Nous lui reprocherons néanmoins de ne pas permettre d'agir sur l'anneau ombilical lui-même et par suite de ne pas chercher à parer aux inconvénients d'une hernie ombilicale consécutive. Le malade de M. Guéniot présenta cette complication, moins de quatre mois après l'opération.

Nous allons voir, du reste, que ce reproche peut aussi bien être adressé au procédé suivant qui n'est, en somme, que le procédé de la ligature adapté aux fistules non terminées par une tumeur.

4° *Avivement et suture.* — Paget pratiqua cette opération pour un cas de fistule sans tumeur saillante à l'ombilic. Il rechercha la muqueuse du conduit fistuleux, l'excisa par une dissection minutieuse dans une petite étendue, puis réunit la peau au-dessus par un fil enchevillé. La guérison ne s'observa que dans la suite sous l'action de la rétraction cicatricielle et le malade présenta bientôt une hernie ombilicale (3).

(1) Th. Naury, p. 71.

(2) Guéniot. — *Fist. urin. dues à la persistance de l'ouraque et du traitement qui leur est applicable;* in *Bull. ther. méd. et chir.*, 15 et 30 octobre 1872.

(3) Paget. — *Med. and surg. Transac.*, t. XLIV, 1861.

5° *Incision et drainage de l'ouraque dilaté.* — Nous faisons allusion ici à une observation curieuse due à Reginald Pratt et Bond (1). D'après ces auteurs, l'ouraque distendu formait une vaste tumeur fluctuante remontant jusque sous le foie. L'intervention, faite par Bond, consista simplement en une incision, puis dans le drainage de la poche avec un tube en verre. Le malade se rétablit, mais conserva une fistule intarissable.

Le liquide trouvé dans la poche ne présenta à aucun moment les caractères de l'urine. On n'y trouva pas d'urée, ce qui semblerait indiquer que la communication entre la vessie et l'ouraque était interrompue, condition indispensable pour la formation des kystes de cette nature.

En effet, nous pensons que l'ouraque peut devenir kystique sous des influences diverses, soit par présence d'un corps étranger situé dans une portion de son étendue et déterminant par sa présence une inflammation adhésive des parties situées au-dessous de lui (2), soit par malformation congénitale ou acquise. Quoi qu'il en soit, lorsque la communication entre le conduit et la vessie est interrompue, on se trouve en présence d'un véritable kyste tapissé intérieurement par une muqueuse dont les sécrétions forment par leur accumulation le liquide muco-purulent, séreux, signalé par les auteurs. Ce sont, en somme, les mêmes conditions pathologiques que celles que l'on rencontre dans l'hydropisie de la vésicule biliaire, et, à notre avis, les mêmes indications d'extirpation. De ces considérations générales ressortira l'importance de l'examen du liquide contenu dans la poche, ou s'écoulant par la fistule. *S'il ne contient pas d'urée, c'est la résection totale avec suture au niveau de la vessie qui seront indiquées. S'il contient de l'urée, c'est la resection partielle de l'ouraque et sa suture qu'il faudra faire.*

6° *Résection partielle de l'ouraque et sa suture.* — C'est l'opération que nous avons faite dans le cas qui est rapporté plus haut et dans un autre qui fera l'objet d'un travail ultérieur (3). Nous lui distinguerons plusieurs temps.

α. *Incision et exploration.* Peu importe qu'il y ait ou non tumeur saillante à l'ombilic, que l'on soit en présence d'une poche urineuse (comme dans notre cas) ou d'une tumeur kystique (comme dans le cas de Bond).

(1) *Lancet*, 1891, p. 898.

(2) De Gennaro. — *Sur un calcul de l'ouraque;* in *Ann. des m. d. org. génit. urin.*, 1890 (Communiqué par le Dr Lamotte).

(3) Il s'agit d'un malade présentant une tumeur ombilicale formée par un lipôme ayant entraîné l'ouraque dilaté. Ce malade fut laparatomisé deux fois pour volvulus.

L'incision devra toujours permettre d'atteindre les limites supérieures de la lésion. Dans tous les cas, en effet, cette partie de la lésion devra être extirpée. On prolongera en bas l'incision assez pour permettre l'exploration du canal de l'ouraque et son traitement ultérieur.

β. *Ouverture du péritoine et excision des parties malades.* On devra, quand on le pourra, exciser les parties malades (tumeur fongueuse de l'ombilic, poche urineuse, etc.), avant d'ouvrir la séreuse; mais le plus souvent on fera mieux de l'ouvrir d'emblée, comme nous l'avons fait, après avoir désinfecté autant que possible les parties extra-péritonéales avec des liquides antiseptiques.

Avant de commencer toute dissection, une compresse absorbante sera introduite dans le ventre, au devant des intestins et permettra de faire l'excision des parties malades et infectées avec toute la sécurité désirable.

Lorsque le péritoine sera ouvert, on en profitera pour explorer le cordon cellulo-graisseux qui contient l'ouraque. Dans les deux cas que j'ai opérés, ce cordon se portait à gauche de la ligne médiane. On isolera ce cordon en prolongeant, si c'est nécessaire, l'ouverture du ventre à travers l'anneau fibreux constitué par l'ombilic dilaté. Dans ce cordon, on reconnaîtra et on isolera l'ouraque par la face extra-péritonéale du cordon.

γ. *Traitement de l'ouraque.* Ce canal est assez intimement uni aux tissus voisins, et la dissection que l'on doit en faire est très artificielle. On peut s'aider en introduisant une sonde ou un stylet dans son conduit.

L'isolement de l'ouraque sera poursuivi de façon que le pédicule formé corresponde à l'angle inférieur de la plaie cutanée où on le fixera toujours en dehors du péritoine.

Lorsqu'il sera isolé, puis réséqué dans la longueur voulue, on fermera son orifice (voir *Fig.* 3) au moyen de points en surjet très rapprochés, en prenant soin, après avoir serré chaque point séparément, de fermer par un nœud les chefs A et B du fil.

Si l'orifice du canal est insignifiant, une simple ligature sera suffisante.

Dans les deux cas, on devra ensuite replier en capuchon l'extrémité suturée et la fixer dans cette situation par des points de suture placés sur les côtés.

On s'adressera ensuite au faisceau cellulo-graisseux lui-même sur lequel on placera un fil en boucle dont on conservera les deux chefs pour servir à le fixer aux muscles de la paroi.

δ. *Traitement du péritoine.* La séreuse devra être fermée her-

métiquement. Dans la partie inférieure, elle entourera en collerette le pédicule du faisceau cellulo-graisseux au-dessous de sa ligature en laissant au dehors l'orifice suturé de l'ouraque.

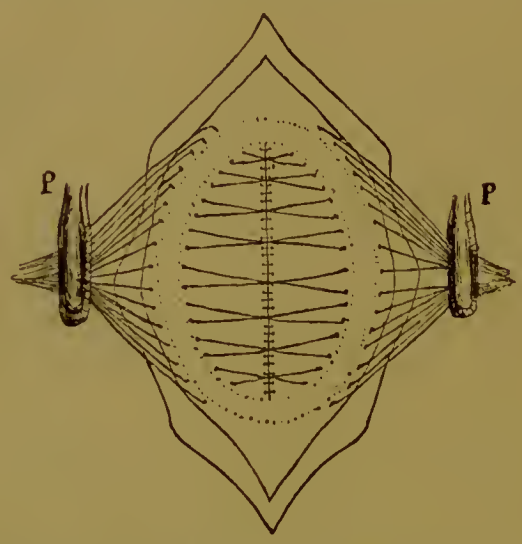


*Fig. 4.* — Schéma destiné à montrer le placement des fils pour la suture de l'anneau. La séreuse est suturée au milieu. — *Légende:* P, P, pinces à pression placées sur les fils.

ε. *Suture de l'anneau ombilical.* C'est à notre avis un point capital, à cause de la fréquence des hernies observées chez les sujets porteurs de fistule de l'ouraque. La raison anatomique est facile à saisir, l'anneau ombilical étant, dans ces circonstances, toujours extrêmement dilaté. Cette suture devra être faite avec des fils de soie assez résistants pour permettre un rapprochement exact des bords de l'anneau. Ceux-ci auront été avivés au préalable par le fait seul de la dissection des parties malades, et nous n'hésiterions pas à compléter cet avivement s'il était insuffisant. L'entrecroisement des fils par couples (voir *Fig. 4* ) nous paraît une précaution utile pour froncer un peu les bords de l'anneau. Nous ne serions pas éloigné même, dans les petites dilatations de l'anneau, de rendre tous les fils obturateurs solidaires afin d'obtenir un froncement plus considérable. La peau sera enfin suturée par des crins de Florence, comme dans toute laparotomie.

## III

### Indications opératoires et choix du procédé.

Toute tumeur ou toute fistule développée aux dépens de l'ouraque doit être opérée quand les organes génito-urinaires ne présentent pas de lésion capable d'en expliquer l'existence. Dans le cas contraire, il

est évident que c'est à la cause première que devra s'attaquer le chirurgien. Ceci posé, se présente la question de la contre-indication fournie par l'âge du malade. Il est certain que si la perméabilité de l'ouraque coexiste à la naissance avec d'autres lésions congénitales importantes, on devra repousser l'interventiondans ; tous les cas on devra attendre l'âge d'une année pour intervenir. Devra-t-on attendre beaucoup plus? Nous ne le pensons pas. Il est de toute évidence que plus on se rapprochera de la naissance, plus la lésion sera simple et moins l'opération sera grave. On ne doit pas exagérer la gravité des laparotomies faites chez l'enfant en bas-âge (1). Les cas mortels sont ceux où l'intervention occasionne des pertes de sang considérables. Les enfants meurent du choc consécutif à l'hémorrhagie, bien plus que de celui du traumatisme ; aussi, d'une façon générale, je considère comme contre-indication formelle d'une intervention quelconque chez l'enfant l'éventualité d'une perte de sang importante.

Or, avec quelque peu d'habitude, on peut ne pas faire perdre 10 grammes de sang avec l'opération que nous proposons.

Quant au choix du procédé, nous n'en admettons que deux pour les raisons que nous avons données précédemment et ils comportent chacun leurs indications particulières.

1° Y a-t-il communication avec le réservoir vésical ? La résection partielle de l'ouraque et l'excision des tissus pathologiques seront suffisantes.

2° La communication est-elle interrompue ? On devra, suivant les cas, considérer l'ouraque comme un kyste fermé et son extirpation complète s'impose, voire même sa fermeture au niveau de la vessie.

(1) Paul Delagénière (de Tours) a plusieurs fois pratiqué, chez des *enfants nés avec une imperforation de l'anus*, une *laparotomie exploratrice*, destinée à reconnaître la situation exacte de l'extrémité de l'intestin avant de le fixer au périnée. Dans aucun cas, cette petite exploration n'a paru ajouter de gravité à l'opération.

Le Mans. — Typographie Edmond Monnoyer. — Sept. 1892.

# PUBLICATIONS

DES

# ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE

**BUREAUX, 14, Boulevard Saint-Germain, 14, PARIS**

---

AUDRY (Ch.) et AUDRY (J.). — Angiome profond de la totalité du membre supérieur gauche avec examen de la pièce. Brochure de 14 p., avec 3 photogravures en relief à la demi-teinte. — Prix : 1 fr. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 80.

BAUDOUIN (Marcel). — De la chloroformisation a doses faibles et continues. Brochure de 88 p., avec 3 fig. — Prix : 2 fr. 50. — Pour nos Abonnés : 2 fr.

DEFONTAINE (L.). — Extirpation du cancer de l'estomac : étude sur un cas de guérison. Brochure de 16 p., avec 8 figures. — Prix : 1 fr. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 80.

DEFONTAINE (L.). — Symphyse thoraco-brachiale et anti-brachiale. Brochure de 9 p., avec 2 photogravures en relief à la demi-teinte. Prix : 0 fr. 60. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 50.

DELAGENIÈRE (H.). — Statistique des opérations pratiquées au Mans en 1891. Brochure de 12 p. — Prix : 0 fr. 50. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 40.

DOYEN (E.). — Contribution a la chirurgie de l'estomac et de l'intestin : *12 observations personnelles de chirurgie stomacale et 20 cas d'entérotomie et d'entérectomie.* Brochure très soignée, de 56 p., avec 29 fig., dont *8 en couleurs.* — Prix : 3 fr. — Pour nos Abonnés : 2 fr.

DOYEN (E.). — Quelques opérations sur le foie et les voies biliaires : *Cholécystotomie idéale ou à sutures perdues ; Cholédochectomie avec cholédochorrhaphie*, etc., etc. — Brochure de 30 p., avec 17 figures. — Prix : 2 fr. — Pour nos Abonnés : 1 fr. 50.

FERRIER (J.). — De la greffe dentaire. Brochure in-8° de 32 p. — Prix : 1 fr. 25. — Pour nos Abonnés : 1 fr.

GANGOLPHE (M.). — Sur les tumeurs blanches consécutives a des tubercules des parties molles juxta-épiphysaires. — Brochure de 8 p. — Prix : 0 fr. 40. — Pour nos abonnés : 0 fr 30.

GILLES DE LA TOURETTE. — La vie et les œuvres de Théophraste Renaudot, fondateur du Journalisme et des Consultations charitables. *Édition du Comité pour l'érection d'une statue à Renaudot.* Brochure de 52 p., avec 5 fig. dans le texte. En vente au bénéfice de la statue. — Prix : 1 fr.

JABOULAY (M.). — La gastro-entérostomie. La jéjuno-duodénostomie. La résection du pylore. Brochure de 24 p., avec 4 fig. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos Abonnés : 1 fr. 20.

LALANNE (G.). — Transmissibilité des maladies héréditaires. Brochure in-8° de 4 p., très soignée. — Prix : 0 fr. 25. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 20.

MONTPROFIT (A.). — Luxation complexe en arrière de l'articulation métacarpo-phalangienne du V° doigt. *Irréductibilité. Arthrotomie ; réduction ; guérison complète.* — Brochure de 4 p. — Prix : 0 fr. 25. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 20.

POUZET. — Un cas d'occlusion intestinale par calcul biliaire. Laparotomie et entérotomie. Guérison. — Brochure de 5 p., avec 2 photogravures en relief à la demi-teinte. — Prix : 0 fr. 35. — Pour nos Abonnés : 0 fr. 25.

TÉMOIN (D.). — Lipome périméningé simulant un spina bifida. — Brochure de 5 p. avec 1 photogravure en relief à la demi-teinte. Prix : 0 fr. 35. — Pour nos abonnés : 0 fr. 25.

VIGNARD (E.). — Résection de l'urèthre dans les cas de rétrécissements traumatiques. — Brochure de 24 p., avec 4 fig. et des tableaux. — Prix : 1 fr. 50. — Pour nos Abonnés : 1 fr. 20.

---

Toutes ces brochures sont expédiées *franco* à domicile, si le prix en a été soldé à l'avance par mandat postal.

# ARCHIVES PROVINCIALES DE CHIRURGIE

*Paraissant tous les Mois*

RÉDACTEUR EN CHEF : Dr MARCEL BAUDOUIN

**BUREAUX, 14, Boulevard Saint-Germain, 14, PARIS**

*Les Archives provinciales de Chirurgie* paraissent à Paris, tous les mois, par livraisons de 64 pages au moins, format grand in-8 raisin. Elles publient seulement des travaux originaux accompagnés, s'il y a lieu, de photogravures dans le texte. Ces travaux sont dus à des chirurgiens français exerçant en province; mais les colonnes des *Archives* sont en outre ouvertes aux chirurgiens étrangers, à tous les étudiants en médecine, aux externes et internes des hôpitaux et aux chefs de clinique des Facultés et Ecoles de Médecine. Quelques pages, à la fin de chaque fascicule, sont réservées à l'analyse bibliographique des mémoires d'ordre chirurgical parus dans les journaux de médecine de province, dans le but spécial de faire connaître ces publications, qu'on a tant de peine à se procurer dans les plus grandes bibliothèques françaises ou étrangères.

**ABONNEMENT ANNUEL**

| | |
|---|---|
| France et Algérie | 20 fr. |
| Recouvré à domicile | 20 50 |
| Pays étrangers compris dans l'Union postale | 23 » |
| Tous les autres pays | 25 » |

**VENTE AU NUMÉRO**

| | |
|---|---|
| Un numéro : *à Paris* | 2 fr. |
| — *expédié par la poste* | 2 25 |

Les abonnements partent du 1er janvier et ne sont reçus que pour l'année entière. A quelque date de l'année que soit pris l'abonnement, l'Administration de la revue expédie tous les numéros parus depuis le 1er janvier.

Par exception, cette première année seulement, on peut s'abonner pour *six mois* (Juillet 1892 — 1er Janvier 1893), en adressant à M. l'Administrateur la somme de **Dix** francs.

Toutes les lettres, communications, livres, journaux, mandats, relatifs, soit à la Rédaction, soit à l'Administration, doivent être adressées **franco** à M. le RÉDACTEUR EN CHEF GÉRANT des *Archives provinciales de Chirurgie*, 14, Boulevard Saint-Germain, Paris.

## AVIS A NOS LECTEURS

### I — SERVICE DES ENVOIS.

*Pour éviter des retards dans la réception des fascicules des* Archives Provinciales de Chirurgie, *nos lecteurs sont priés de s'abonner directement dans nos bureaux, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.*

*Il suffit pour cela d'adresser à M. l'Administrateur un mandat postal ou un bon de poste.*

*Nous engageons en outre nos abonnés, surtout ceux de l'étranger, à nous faire parvenir leur* ADRESSE *d'une façon très exacte, tout changement dans nos petites adresses imprimées entraînant des frais assez considérables.*

### II. — COLLECTIONS.

*Les chirurgiens, qui seraient bien aise de posséder un jour la* collection complète *des* Archives Provinciales de Chirurgie, *sont instamment priés de demander dès maintenant le* Numéro de Juillet 1892, *qui dans quelques semaines sera épuisé. A la fin de l'année, il sera presque sûrement impossible de se procurer en librairie ce premier numéro, édité avec un soin tout particulier et dont il ne reste plus en magasin, à l'heure actuelle, qu'un nombre très restreint d'exemplaires en bon état.*

### III. — VENTE DU NUMÉRO I. (Juillet 1892).

*Le Numéro I (Juillet 1892) des* Archives Provinciales de Chirurgie *étant sur le point d'être épuisé, l'Administration est obligée de vendre désormais au prix de* Trois Francs *cette première livraison.*

*Ce fascicule ne sera désormais livré au prix ordinaire (deux francs) qu'aux personnes qui prendront un abonnement de six mois (fin 1892) ou d'un an Juillet 1892-Juillet 1893.*

Le Mans. — Typ. Ed. Monnoyer.